|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo établissement | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |
| Date de naissance: |  |
| **BESOINS DES PARENTS ET DES PROCHES****COLLECTE DES DONNÉES –** **OUTILS FAMILLES** **SI-SIV** |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE** |
| La personne vivant une problématique en santé mentale est : |
| [ ]  Mon père | [ ]  Mon frère | [ ]  Mon fils | [ ]  Mon (ma) conjoint(e) |
| [ ]  Ma mère | [ ]  Ma sœur | [ ]  Ma fille | [ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Son âge : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Actuellement elle vit : | [ ]  Dans le même foyer que moi | [ ]  En foyer d’accueil | [ ]  En logement |
|  | [ ]  Dans un autre milieu (préciser):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | Depuis quand ? |  |  |
| Fréquence de vos contacts avec la personne : |  |  |
|  |  |
|  |
|  |
| **HISTOIRE MÉDICALE** |
| La personne vit des difficultés depuis (date approximative) : |  |  |
| Connaissez-vous le diagnostic ? | [ ]  Non | [ ]  Oui (lequel) |  |  |
| La personne prend une médication ? | [ ]  Non | [ ]  Oui (laquelle) |  |   |
|  |  |  |
| Pour quelles raisons prend-elle cette médication ? |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Collabore-t-elle à son traitement? | [ ]  Toujours | [ ]  La plupart du temps | [ ]  Quelquefois | [ ]  Jamais |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |
| --- |
| **PORTRAIT DE LA SITUATION** |
| **pour chacun des énoncés suivants, indiquer ce que vous trouvez le plus difficile à vivre et à comprendre** |
| **ÉNONCÉS** | **DEGRÉ DE DIFFICULTÉ** |
|  | **Pas du tout difficile** | **Un peu** | **Moyennement** | **Très difficile** |
| Agitation ou inactivité de la personne : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Comportements bizarres : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Heures anormales de sommeil ou d’activités : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Insomnie ou hypersomnie : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Désir d’isolement : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Violence physique : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Comportement inadéquat lors des repas : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Consommation de drogue et/ou d’alcool : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Difficulté à se mettre en action : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Peurs ou idées fausses (délires) : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hallucinations : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Collaboration au traitement : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Propos incohérents : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Changements d’humeur fréquents :  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Propos suicidaires : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Difficultés de communication : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Négligence de son hygiène : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Demandes excessives : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Agression verbale : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Autre : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Autre : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Autre : | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |
| --- |
| **BESOINS DES PARENTS ET DES PROCHES** |
| **Qu’est-ce que vous aimeriez connaitre ?** |
| [ ]  L’effet de la médication | [ ]  Le traitement |
| [ ]  La maladie | [ ]  Les groupes d’entraide |
| [ ]  Les programmes d’aide | [ ]  Les signes précurseurs d’une rechute |
| [ ]  Les outils d’intervention | [ ]  Les démarches juridiques |
| [ ]   |  |  | [ ]   |  |
| [ ]  |  |  | [ ]  |  |
| **Qu’est-ce que vous ressentez ?** |
| [ ]  Un sentiment d’impuissance | [ ]  Un sentiment de honte |
| [ ]  Un sentiment d’avoir à se dépasser constamment | [ ]  Un sentiment de colère |
| [ ]  Un sentiment de culpabilité | [ ]  De la tension familiale |
| [ ]  Un sentiment de peur | [ ]  De l’insécurité |
| [ ]  De l’isolement | [ ]  De la marginalisation par rapport à l’entourage |
| [ ]  Des préjugés par les autres | [ ]   |  |
| [ ]   |  |  | [ ]   |  |
|  |
|  |  |
| **Qu’est-ce que vous aimeriez, vos objectifs et besoins ?** |
| [ ]  Accepter la situation |
| [ ]  Exprimer vos demandes et/ou besoins à la personne en difficulté |
| [ ]  Vous permettre des temps de loisirs |
| [ ]  Avoir un support émotionnel |
| [ ]  Connaître les possibilités d’épanouissement et d’autonomie chez la personne ayant une problématique en santé  mentale |
| [ ]  Connaître les attentes réalistes que vous pouvez avoir envers la personne |
| [ ]  Être capable d’exprimer vos limites |
| [ ]  Communiquer de façon efficace avec la personne |
| [ ]  Élargir son réseau de soutien |
| [ ]  Identifier des attentes réalistes envers la personne |
| Autres besoins : |  |
|  | No dossier: |  |
|  | Nom, prénom: |  |
| **BESOINS À PRIORISER** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Date: |  | Signature de l’intervenant : |  |